



**BESTÄTIGUNG über im Jahre 2017 (bzw. bei Praxiseröffnung im Jahr 2018 im Jahr 2018)
 tatsächlich geleistete PRÄSENZ- und PIKETTDIENSTE
 im Rahmen der spitalinternen Notfalldienst-Organisation
 zwecks Festlegung der NFD-ERSATZABGABE 2018 oder Befreiung davon**

Das / Die unterzeichnete Spital / Krankenhaus / Klinik bestätigt hiermit zuhanden der Notfalldienst-Organisation des ÄRZTEVERBANDES DER BEZIRKE ZÜRICH UND DIETIKON (ZüriMed), dass

Name / Vorname geb.

Praxisadresse Facharzttitel:

Umfang Praxistätigkeit pro **2017**%, bzw. pro **2018**

im Rahmen der spitalinternen Notfall-Organisation im Jahr **2017 (bzw. 2018)** folgende Präsenz- bzw. Pikettdienste tatsächlich geleistet hat:

Präsenzdienste 2017 (bzw. 2018)

Tag/Monat/Jahr

TOTAL Tage à 24 Std.

Pikettdienste 2017 (bzw. 2018)

Tag/Monat/Jahr

TOTAL Tage à 24 Std.

.....
Ort / Datum

.....
Stempel und Unterschrift
Spital / Klinik / Krankenhaus